

Forschungsfragen zur "Compliance"- Datenauswahl und Datenanalyse anhand eines rollentheoretischen Modells

Hermann, Ursula

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hermann, U. (1979). Forschungsfragen zur "Compliance"-Datenauswahl und Datenanalyse anhand eines rollentheoretischen Modells. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 288-292). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-136467>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Forschungsfragen zur "Compliance"-Datenauswahl und Datenanalyse anhand eines rollentheoretischen Modells

Ursula Hermann

Der Gegenstand der "Compliance" betrifft die medizinische Anweisung, die Arzneimittelverordnungen ebenso wie ärztliche Anordnungen zu organisatorischen, administrativen und diagnostischen Zwecken umfaßt. Wenn man bedenkt, daß, abhängig von verschiedenen Variablen wie Art und Akuteitsgrad der Erkrankung, Alter, Geschlecht, soziale Stellung und soziale Beziehungen des Patienten, zwischen 15 und 82 % der Patienten therapeutische Anweisungen nicht befolgen, so kann man durchaus die Hypothese vertreten, daß die Aktivität des Arztes nicht allein ausschlaggebend für das Befolgungsverhalten sein kann (1, 2, 4, 5). Eine weitergehende Frage wäre, ob der Arzt für den Erkrankten überhaupt die Hauptfigur im therapeutischen Prozeß darstellt, oder ob therapeutische Anweisungen nur in eine Kette von Kontroll- und Entscheidungsprozessen eingereiht sind, die im sozialen Feld des Kranken wirksam werden.

Es hat sich in verschiedenen Studien gezeigt, daß Ärzte zu der Annahme einer höheren als tatsächlichen Befolgungsquote neigen (3). Die zu hohe Einschätzung der Befolgungsrate weist nach Ansicht einiger Untersucher darauf hin, daß viele Ärzte ein ideales Befolgungsverhalten erwarten (11). Außerdem neigen Ärzte zu der Annahme, der Kranke übernehme den Patientenstatus problemlos. Die empirischen Arbeiten zum Befolgungsverhalten zeigen jedoch, daß das von PARSONS (9) entwickelte Konzept der Patientenrolle - unter anderem Verpflichtung, sich in ärztliche Behandlung zu begeben und zur Bereitschaft, bei der Wiederherstellung von Gesundheit mitzuhelfen - bei psychisch Kranken nur in beschränktem Umfang anwendbar ist. Auch ist die Bereitschaft, ärztlichen Anordnungen zu folgen, je nach Krankheitsbild unterschiedlich. So fehlt insbesondere psychotischen Patienten oftmals die Einsicht, daß eine psychische Störung vorhanden ist. Außerdem scheint das subjektive Erleben von Schweregrad, Sichtbarkeit, Bedrohlichkeit und Behinderungsgrad psychischer Erkrankungen die Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft des Patienten zu beeinflussen (8). Es erscheint deshalb nötig, die Patientenrolle des psychisch Kranken in bezug auf das Untersuchungsobjekt "Compliance" von zwei Seiten her zu definieren: einmal als Rolle, die das Individuum aus der Sicht des Arztes spielen soll, zum anderen als Rolle, die das Individuum selbst spielen will. Es sind also die Verhaltenszumutungen von Bedeutung, die in Form von Rollenerwartungen an den Probanden herangetragen werden, als auch - nach THOMAS (14) - seine "subjektive Definition der Situation". In diese Situationsdefinition gehen die besonderen Erfahrungen des Probanden, seine besondere Auffassung und Perspektive ein, wie an der folgenden graphischen Darstellung eines rollentheoretischen Modells deutlich wird (7):

Einflussfaktoren auf „Compliance“

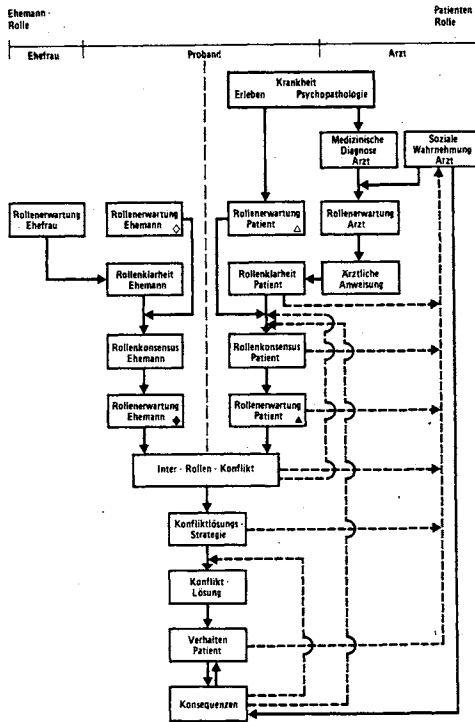


Abb. 1: Die graphische Darstellung beschreibt einen Ablauf, wobei die durchgezogenen Linien die Vorwärtsrichtung markieren und die gestrichelten Linien Rückbeziehungen im Modell darstellen. In beiden Rollenabläufen folgt auf die Rollenenerwartung des Ehemannes / Patienten zu einem frühen Zeitpunkt (O, Δ), die Rollenenerwartung des Ehepartners / Patienten zu einem späteren Zeitpunkt (□, Δ). Die Rollenenerwartung zum späteren Zeitpunkt können je nach Ablauf mit den früheren identisch sein oder abweichen.

Erwartungen hinsichtlich der Patientenrolle sind hier als Auswirkungen einer bestimmten Erkrankung zu verstehen, wobei die Erwartungen des Probanden hinsichtlich seiner Patientenrolle hauptsächlich von seinem Krankheitserleben bestimmt werden und die Erwartungen des Arztes sowohl von der medizinischen Diagnose als auch von der Wahrnehmung der sozialen Situation des Kranken. Diese Wahrnehmung der sozialen Situation des Kranken durch den Arzt ist zunächst antizipatorisch, wird aber im Verlauf der Langzeitbehandlung empirisch ergänzt. Wesentlich für das Auftreten von "Compliance" ist, daß der Arzt seine Verhaltenszumutungen an den Probanden dergestalt äußert, daß sie vom Probanden auch verstanden werden (Rollenklarheit Patient) und daß die Definition des Arztes (Rollenenerwartung Arzt) und des Probanden (Rollenenerwartung Patient) hinsichtlich der Patientenrolle in ihrer spezifischen Wertigkeit übereinstimmen (Rollenkonsensus Patient). In den Prozeß der Konsensusfindung gehen die vom Kranken antizipierten positiven und negativen Konsequenzen seines

Verhaltens mit ein ebenso wie die antizipierten oder in der Vergangenheit erlebten Interrollenkonflikte. Dieser Prozeß hat wiederum Auswirkungen auf die subjektive Definition der Situation als Patient (Rollenerwartung Patient).

Ausgehend von der Hypothese, daß Entscheiden und Handeln des Kranken nicht nur durch die Arzt - Patient - Interaktion bestimmt werden, sondern andere Interaktionssysteme, wie z. B. die Ehe, ähnlich hohe Relevanz besitzen, ist, stellvertretend für weitere Rollen, die der Proband zu erfüllen hat, die Ehemannrolle auf der linken Seite des Modells graphisch dargestellt. Der Prozeß der ehelichen Rollenerwartungen (Rollenerwartung Ehefrau; Rollenerwartung Ehemann), des Bewußtwerdens der Anforderungen der Ehefrau an den Ehemann (Rollenklarheit Ehemann) sowie der Rollenkonsensus (Rollenkonsensus Ehemann) verlaufen hier ähnlich wie bei der bereits dargestellten Patientenrolle. Die bisher vorliegenden empirischen Untersuchungen lassen die Hypothese zu, daß die Ehemannrolle sowie jede weitere Rolle, z. B. die des Arbeitnehmers, mit der Patientenrolle konkurrieren kann bzw. in Konflikt gerät. Dies geschieht, wenn die Erwartungen, die der Proband hinsichtlich seiner Rolle als Ehemann hat, mit den Erwartungen, die er hinsichtlich seiner Rolle als Patient hat, nicht vereinbar sind (Interrollenkonflikt). Die Entscheidung, ärztliche Anweisungen zu befolgen, wird nun abhängig von der Fähigkeit des Probanden, Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln, wobei die Art der Konfliktlösung mit beeinflußt wird von den antizipierten Konsequenzen des Patientenverhaltens. Hat sich der Proband für eine irgendwie geartete Annahme der Patientenrolle entschieden, so ist dadurch eine Voraussetzung gegeben, daß er ärztlichen Anweisungen folgt, wobei unterschiedliche Grade des Befolgungsverhaltens denkbar sind. Nach dem vorliegenden Modell definiert sich "Compliance" als das Ausmaß, in dem sich das Verhalten des Patienten mit den Verhaltenserwartungen des Arztes deckt. Ob "Compliance" im Vergleich zu anderen Verhaltensweisen im Verlauf einer Langzeitbehandlung häufiger auftreten wird, hängt ab von den unmittelbaren und mittelbaren Konsequenzen, die sich aus dem Befolgungsverhalten für den Patienten ergeben und vom Verstärkungscharakter dieser Konsequenzen in der Interaktionssituation spezifischer Rollenträger. In diesem rollentheoretischen Ansatz wird deutlich, daß ein allgemeiner Erklärungsrahmen zur weiterführenden Erforschung von "Compliance" stärker als bisher die jeweiligen situativen Bedingungsfaktoren des Rollenverhaltens des Patienten, des ärztlichen Rollenverhaltens und der Bezugspersonen des Probanden zum Inhalt haben sollte.

Im Vordergrund stehen sollte die Analyse von Rollenkonflikten, die den Patienten hindern könnten, therapeutische Maßnahmen zu befolgen. In der Literatur werden interpersonelle Konflikte im Zusammenhang mit Medikamenteneinnahme bereits vereinzelt beschrieben. So zeigt z. B. die Übersicht von van PUTTEN (15), daß sich erwachsene manisch-depressive Patienten unter Lithium als weniger attraktiv gegenüber dem Ehepartner erlebten; Jugendliche sahen hypomanische Stimmungslagen als Norm an und verweigerten aus diesem Grunde die Medikation. Nach PARKES (10) ist die Meinung von Arbeitskollegen bezüglich der Medikation bzw.

die Angst des Patienten, daß Kollegen etwas über die frühere Erkrankung erfahren könnten, mitbestimmend für die Entscheidung des Patienten, Medikamente nicht kontinuierlich zu nehmen.

Meine Studie zur Analyse von Rollenkonflikten bei Medikamenteneinnahme orientiert sich an der qualitativen Methodologie (6). Ansatzpunkte sind die vom Patienten geleisteten Kategorisierungen des Krankheits- bzw. "Compliance"-Verlaufs. Diese sind bezogen auf Lebensbereiche, die eine Bedeutung für den Patienten haben.

Zur Begründung für diese Beschränkung auf die vom Patienten berichtete Krankengeschichte sei angeführt, daß die Abfolge von Vorfällen und Ereignissen, wie sie der Patient sieht, seine Strategien hinsichtlich des Compliance-Verhaltens prägt. Der Konfliktbegriff orientiert sich hier an der interaktionistischen Rollentheorie, welche die Betonung legt auf konflikthafte Erwartungen, wie das Individuum sie erlebt (12, 13).

Ausgehend von der Kenntnis relevanter Konfliktsituationen, die im Zusammenhang mit einer bestimmten Erkrankung und den sich daraus ergebenden therapeutischen Maßnahmen auftreten, sollen Handlungsstrategien in der Arzt - Patient - Interaktion entwickelt werden, die den Patienten befähigen, mit eventuell auftretenden Konfliktsituationen umzugehen.

Literatur

1. BLACKWELL, B.: Drug therapy: patient compliance. New Engl. J. Med. 289, 249 (1973)
2. BLACKWELL, B.: Treatment adherence. Brit. J. Psychiat. 129, 513 (1976)
3. DAVIS, M.S.: Variations in patients - compliance with doctors - orders: medical practice and doctor-patient interaction. Psychiatry in Medicine 2, 31 (1971)
4. DIETZSCH, F., U. REICHWALD: Psychosoziale Bedingungen der Befolgung ärztlicher Anordnungen. Medizinsoziologische Mitteilungen 3, 7 (1977)
5. DREWS, M.: Einflüsse auf die Nichteinhaltung der vom Arzt verordneten Medikamententherapie. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Heft 18 (1977)
6. FILSTEAD, W.: Qualitative Methodology. Markham, Chicago 1970

7. HERMANN, U.: Medizin-soziologische Analyse der Einflußfaktoren auf "Compliance"-Nervenarzt 50, 102 (1979)
8. LEVINE, S., M.A. KOZLOFF:
The sick role: assessment and overview.
Ann. Rev. Sociol. 4, 317 (1978)
9. PARSONS, T.: Illness and the role of the physician: a sociological perspective.
Am. J. Orthopsychiat. 21, 452 (1951)
10. PARKES, C.M., G.W. BROWN, E.M. MONCK:
The general practitioner and the schizophrenic patient.
Brit. Med. J. 11, 972 (1962)
11. SVARSTAD, B.W.: Physician-patient communication and patient conformity with medical advice.
In: MECHANIC, D. (Ed.): The growth of bureaucratic medicine
Wiley, New York 1976
12. STRYKER, S.: Fundamental principals of social interaction.
In: SMELSER, N.Y. (Ed.): Sociology, pp 495-548
Wiley 2nd ed., New York 1973
13. STRYKER, S., A.S. MACKE:
Status inconsistency and role conflict.
Ann. Rev. Sociol. 4, 57 (1978)
14. THOMAS, W.I., D.S. THOMAS:
Die Definition der Situation.
In: STEINERT, H. (Hrsgb.): Symbolische Interaktion.
Klett, Stuttgart 1973
15. VAN PUTTEN, T.: Why do patients with manic-depressive illness stop their lithium?
Comprehens. Psychiat. 16, 179 (1975)